

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1892

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le vendredi 24 juin 1892, à 1 heure

Par N. CHRISTOYANAKI

Né à Smyrne, le 4 décembre 1860

Ancien externe des Hôpitaux de Paris

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE L'HÉMATO-SALPINGITE

Président : M. PINARD, professeur.

*Juges : MM. { PEYROT, professeur.
RIBEMONT-DESSAIGNES, SEGOND, agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

HENRI JOUVE

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, Rue Racine, 15

1892

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1892

— THÈSE — N. —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le vendredi 24 juin 1892, à 1 heure

Par N. CHRISTOYANAKI

Né à Smyrne, le 4 décembre 1860

Ancien externe des Hôpitaux de Paris

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE L'HÉMATO-SALPINGITE

Président : M. PINARD, professeur.

Juges : MM. { PEYROT, professeur.
RIBEMONT-DESSAIGNES, SEGOND, agrégés.

*Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties
de l'enseignement médical.*

PARIS

HENRI JOUVE

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, Rue Racine, 15

1892

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen		M. BROUARDEL
Professeurs.		MM.
Anatomie.		FARABEUF
Physiologie.		CH. RICHET.
Physique médicale.		GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.		GAUTIER.
Histoire naturelle médicale		BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales.		BOUCHARD.
Pathologie médicale.	}	DIEULAFOY
		DEBOVE
Pathologie chirurgicale.		LANNELONGUE.
Anatomie pathologique.		CORNIL.
Histologie.		MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils.		TILLAUX.
Pharmacologie.		N.
Thérapeutique et matière médicale.		HAYEM.
Hygiène.		PROUST.
Médecine légale		BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie		LABOULBÈNE.
Pathologie comparée et expérimentale.		STRAUS.
		G. SÉE.
Clinique médicale	}	POTAIN.
		JACCOUD.
		PETER.
		GRANCHER.
Maladie des enfants		BALL.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.		FOURNIER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.		CHARCOT.
Clinique des maladies du système nerveux		VERNEUIL.
	}	LE FORT.
Clinique chirurgicale		DUPLAY.
		LE DENTU.
Clinique des maladies des voies urinaires		GUYON.
Clinique ophthalmologique		PANAS.
Cliniques d'accouchements	}	TARNIER.
		PINARD.

Professeurs honoraires.

MM. SAPPEY, HARDY, PAJOT et REGNAULD.

Agrégés en exercice

MM. BALLET	MM. FAUCONNIER	MM. NÉLATON	MM. RIBEMONT
BAR	GILBERT	NETTER	DESSAIGNES
BLANCHARD	GLÉY	POIRIER, chef	RICARD
BRISAUD	HANOT	des travaux	ROBIN (Albert)
BRUN	HUTINEL	anatomiques	SCHWARTZ
CAMPENON	JALAGUIER	POUCHET	SEGOND
CHANTEMESSE	KIRMISSON	QUENU	TUFFIER
CHAUFFARD	LETULLE	QUINQUAUD	VILLEJEAN
DEJERINE	MARIE	RETTERER	WEISS
	MAYGRIER	REYNIER	

Secrétaire de la Faculté : M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

A MON PÈRE

A MON ONCLE LE DOCTEUR CHRISTOYANAKI

A MON ONCLE GEORGES CHRISTOYANAKI

A TOUS LES MIENS

A MES AMIS

A MON MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR PINARD

Professeur de clinique obstétricale à la Faculté de médecine
Membre de l'Académie de médecine
Chevalier de la Légion d'honneur

A LA MÉMOIRE DE MON MAITRE

LE PROFESSEUR DAMASCHINO

Professeur de Pathologie interne à la Faculté
médecin de l'hôpital Laënnec
Membre de l'Académie de Médecine
Chevalier de la Légion d'honneur

A MON MAITRE M. LE PROFESSEUR VERNEUIL

Professeur de clinique chirurgicale à la Faculté
Membre de l'Institut
Commandeur de la Légion d'honneur

A MON CHER MAITRE ET AMI LE D^r E. POTHERAT

Chirurgien des hôpitaux

A TOUS MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE L'HÉMATO-SALPINGITE

INTRODUCTION

L'hémato-salpingite a pris dans ces dernières années une place à part dans le cadre nosologique des affections des annexes de l'utérus. Elle constitue une véritable entité morbide et elle a suscité déjà bon nombre de travaux. Tout d'abord on l'a différenciée de l'hématocèle utérine avec laquelle elle avait été longtemps confondue, puis elle a été étudiée au point de vue anatomo-pathologique. La connaissance des lésions constatées a conduit à une conception de cette affection, généralement adoptée encore il y a fort peu de temps. Dans cette conception, à laquelle se rattachent principalement les noms de Lawson-Tait, Cornil et Terrillon, le point de départ des accidents est une inflammation de la trompe. Cette inflammation, propagée de l'utérus, détermine un épaissement de la muqueuse tubaire avec abondante prolifération de ses éléments cellulaires, production de végétations analogues aux bourgeons charnus et contenant des vaisseaux de nouvelle formation. Sous l'influence de causes minimes,

congestion, traumatisme, ces vaisseaux se rompent, versent dans la trompe du sang qui s'y accumule d'autant plus facilement que par suite de l'inflammation préexistante les orifices de la trompe sont imperméables par oblitération complète ou par déviation du conduit.

Il se passerait, en somme, dans l'oviducte ce qui se passe dans la tunique vaginale du testicule dans le cas de vaginalite chronique et la pathogénie de l'hémato-salpingite serait en tous points semblable à celle de l'hématocèle vaginale.

Cette conception était acceptée dans tous les cas d'hémato-salpingite il y a peu d'années encore.

Il suffit, pour s'en rendre compte, de lire les travaux récents de MM. Lavie et Monprofit (1888) et celui plus récent encore de M. Coulom (1890).

Mais, en ces derniers temps une conception nouvelle est née, applicable au moins à un certain nombre de cas considérés comme des hémato-salpingites ; à savoir que cette affection pourrait être due à une grossesse tubaire.

Il ne s'agit pas là bien évidemment d'une grossesse tubaire habituelle avec présence manifeste d'un fœtus, mais d'une grossesse tubaire dans laquelle l'ovule fécondé après s'être fixé, s'être mis à évoluer, s'arrête dans cette évolution, meurt en quelque sorte, disparaît, laissant comme signature de sa présence l'existence de caillots et de villosités placentaires simulant une hémato-salpingite de cause inflammatoire. Déjà en 1888 le D^r Monprofit (1), écrivait en parlant des hémato-salpingites : « Il

1. Monprofit, *Salpingites, et ovarites*. Th. Paris, 1888, page 51.

est possible que quelques faits répondent à des grossesses tubaires arrêtées à leur première période de développement. »

Or, grâce aux travaux anatomo-pathologiques récents, ces faits sont devenus indéniables, bien plus, ils sont nombreux ainsi qu'on le verra au cours de ce travail. En effet c'est là le but que nous nous sommes proposé dans cette thèse inaugurale. Nous ne nous dissimulons pas l'importance d'une pareille tâche. Nous espérons cependant pouvoir, sinon la mener tout à fait à bien, du moins, la laisser assez avancée pour qu'il nous soit tenu compte de notre effort.

Mais avant d'entrer dans notre sujet nous tenons, et nous éprouvons à cela un réel plaisir, à payer ici le tribut de notre sincère reconnaissance aux maîtres qui nous ont guidé dans nos études médicales.

Au premier rang de ces maîtres nous placerons le professeur Pinard. Ce savant maître nous a initié à l'art si intéressant et parfois si difficile de la pratique des accouchements. De plus, il a bien voulu nous faire l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse. Qu'il daigne agréer l'expression de notre entière reconnaissance.

C'est à l'hôpital de la Pitié, dans la clinique du professeur Verneuil dont nous avons l'honneur d'être l'externe, que nous avons appris à cultiver le champ si vaste de la chirurgie contemporaine ; les leçons si savantes de l'éminent maître nous ont rendu familières les notions récentes de l'antisepsie chirurgicale. Là, nous avons appris à connaître les ennemis des plaies, les agents infectieux, et à les combattre.

C'est dire tout ce que nous devons à ce vénéré maître.

Il est un autre maître auquel nous avons voué la plus profonde, la plus reconnaissante gratitude, un maître à l'enseignement duquel nous avons appris la pathologie médicale, la pathologie des maladies nerveuses, la pathologie infantile.

Malheureusement ce témoignage ne s'adresse qu'à son souvenir. Trop tôt pour la science, trop tôt pour l'affection sans réserve de tous ses élèves, la destinée moissonna le regretté professeur Damaschino.

Nous désirons exprimer aussi notre reconnaissance à nos autres maîtres dans les hôpitaux : MM. Guéniot, Hutinel, Ricard et Gilbert.

Enfin nous adressons le témoignage de notre affectueuse gratitude à M. le Dr Potherat qui nous a souvent guidé dans de nos études et qui nous a prêté l'appui de ses conseils au cours de ce travail.

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE.

Bien qu'elle ne remonte pas à une époque lointaine l'histoire de l'hémato-salpingite comporte un nombre considérable de travaux : deux périodes d'ailleurs sont à considérer dans cette histoire. Dans la première on envisage surtout la présence du sang dans la trompe, et l'affection prend le nom d'hémorrhagie tubaire. Les auteurs cherchent l'explication de ce fait surtout dans une déviation des phénomènes physiologiques habituels : les noms de Puech, Aran, Bernutz et Courty se rattachent à cette première période. Dans une seconde période le rôle de l'inflammation apparaît dans la production de la maladie qui peut être alors caractérisée de l'appellation d'hémato-salpingite. Invoquée dans un petit nombre de cas par Bernutz et par De Sinety l'inflammation a pris plus près de nous une place prépondérante et les travaux histologiques du professeur Cornil (1) ont nettement mis en évidence les lésions susceptibles de provoquer l'hémato-salpingite. Ce sont là d'ailleurs des notions courantes ; nous n'insisterons pas, nous désirons surtout faire

1. Cornil. *Anatomie pathol. des métrites et salpingites*, 1889.
Cornil et Terrillon. *Arch. de physiol.*, 1887.

connaître les travaux qui ont trait au rôle de la grossesse tubaire dans la production de l'hémato-salpingite. Ces travaux, nous l'avons dit, sont tout récents, aussi ne sont-ils pas très nombreux encore, cependant nous devons faire une exception pour une observation fort ancienne publiée dans la thèse de Fenerly en 1855. Cette observation établit et démontre péremptoirement que l'hémato-salpingite peut être due à une grossesse tubaire : cette démonstration est établie par la constatation histologique de villosités placentaires, constatation faite avec toute l'autorité et toute la rigueur scientifiques désirables par un auteur français, le savant professeur Ch. Robin.

Mais cette constatation était tombée dans l'oubli et personne pendant de longues années n'avait songé à développer l'enseignement qu'elle comportait, de telle sorte que, c'est d'hier seulement que date la théorie nouvelle et c'est à l'étranger qu'elle a pris naissance. En Amérique Hanks (1), 1890, Tuttle (2), 1890, Hamilton (3), 1890, constatent et relatent l'existence de villosités placentaires dans plusieurs cas d'hémato-salpingite. En Allemagne Orthman (4), 1890, examinant une trompe enlevée à une femme du service de Martin constate la présence de caduque et de villosités choriales : l'examen de neuf autres pièces lui permet d'établir à l'aide de quels caractères anatomique, on peut affirmer l'existence d'une grossesse tubaire.

1. Hanks. N. Y. *Obst. Soc.*... 1889. *Am. J. of. Obst.* Janvier 1890.

2. Tuttle. *Ann. J. of. Obst.*, janvier 1890.

3. Hamilton. N. Y. *Med., J.* février 1890.

4. Orthman. *Ueber Tubenschwangerschaft in den ersten Monate*, 1890.

Keller (1), 1890, Klein (2), 1890, exposent aussi les lésions histologiques de cette variété d'hématosalpingite. Walther (3), 1890, démontre que si l'hémato-salpingite peut être due à une grossesse tubaire il s'en faut, ainsi que le croient à tort quelques auteurs, qu'elle reconnaisse toujours cette origine, il recommande un examen anatomique minutieux et rigoureux afin de ne pas tomber dans l'erreur qui consiste à prendre pour des villosités choriales certains caillots qui en donnent d'ailleurs l'illusion.

Parmi les auteurs allemands qui se sont occupés de la question nous citerons encore Veit (1891). En Angleterre, les travaux les plus importants sont ceux de Lawson-Tait (4) et Bland Sutton (6). En France, la question a été l'objet jusqu'ici d'un tout petit nombre de travaux. Dans son remarquable *Traité de gynécologie* M. Pozzi ne fait qu'une allusion indirecte au sujet ; ce sont surtout les recherches histologiques du Dr Pilliet qui ont mis en évidence dans plusieurs observations, considérées comme des cas d'hémato-salpingite inflammatoire, la présence des lésions caractéristiques de la grossesse tubaire arrêtée dans son évolution. Ces recherches exposées tout au

1. Keller, *Zur diagnose der Tubengraviditat*, 1890.

2. Klein, *Zur anatomie der schwanguen Tube. in Rev. Hayem*, 1891.

3. Walther, *Dissert. inaug. Giessen*, 1890.

4. Lawson-Tait, *Brit. med. J.*, 1890. *Traité clinique des maladies des femmes*, 1891.

5. Bland Sutton, *Surgical diseases of the ovaries and Fallopian. Tubes* 1891, page 262.

long dans les *Bulletins de la Société anatomique de Paris* ont servi de base au travail un peu incomplet de M. Dagot (1). Aujourd'hui les faits sont un peu plus nombreux et ils confirment les notions déjà acquises en même temps qu'ils étendent considérablement le champ de la grossesse tubaire comme cause de l'hémato-salpingite.

1. Dagot, Th. de Paris, 1891.

CHAPITRE II

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

L'histoire de l'hémato-salpingite nous fait connaître que ce sont surtout les chirurgiens qui se sont occupés de l'affection : l'extension considérable prise par la chirurgie abdominale nous explique cette particularité.

Elle nous fait comprendre aussi que le rôle de la grossesse tubaire ait été assez méconnu. En effet, le chirurgien examinant la pièce enlevée, constatant dans son contenu la présence de caillots, mais n'y voyant pas de fœtus classait le cas dans les hémato-salpingites sans chercher plus loin. Or, cet examen rapide et superficiel devait nécessairement méconnaître des caractères anatomiques que le microscope seul, et encore par un examen minutieux, pouvait relever.

Voyons en effet ce que nous montre, d'une part, l'examen macroscopique, et d'autre part ce qu'on constate au microscope dans le cas d'hémato-salpingite due à une grossesse tubaire arrêtée dans les premiers temps de son évolution.

Il est bien entendu que nous laissons entièrement de côté les cas où l'on constate aisément la présence d'un fœtus, quelles que soient d'ailleurs les dimensions de ce

foetus. En pareil cas on prononce l'expression de grossesse tubaire, il n'est pas question d'hémato-salpingite.

Lorsqu'on pénètre dans l'abdomen d'une femme atteinte de l'affection que nous étudions, on constate le plus ordinairement que la lésion est unilatérale. S'il existe du côté opposé des lésions, ces lésions sont minimales, purement inflammatoires et bien souvent d'une époque différente de celles qui existent du côté opposé, contrairement à ce qu'on observe dans l'hémato-salpingite inflammatoire où les lésions, bilatérales, peuvent être d'intensité différente mais absolument comparable. Ainsi dans l'observation V la lésion siégeait à droite, les annexes gauches étaient normales ; dans l'observation VI la lésion siégeait à gauche, toutes les lésions des annexes droites consistaient en une altération scléro-kystique de l'ovaire. Nous pourrions multiplier les faits de cette nature. On a voulu attribuer une fréquence plus grande à l'altération de l'une des annexes de l'utérus ; mais les statistiques attribuent cette fréquence, tantôt au côté droit, tantôt au côté gauche, il n'y a donc aucune déduction à en tirer. Aussi laissons-nous ces considérations générales, d'importance bien secondaire, pour en arriver à l'étude directe des lésions.

Deux cas peuvent se présenter : dans l'un la trompe forme tumeur souvent assez facilement accessible, d'autres fois enveloppée dans des adhérences desquelles il faut la séparer par une minutieuse décortication ; dans l'autre, il se produit une rupture et du sang s'est épanché en quantité variable dans la cavité de Douglas,

où il se présente sous l'aspect de caillots environnés de fausses membranes.

S'il n'y a pas eu rupture la trompe forme une tumeur. Cette tumeur est d'un volume très variable ; tantôt grosse comme une noix, elle peut atteindre le volume d'une mandarine, d'une orange et même du poing, le plus ordinairement de dimensions intermédiaires à ces extrêmes.

Rarement l'oviducte a conservé sa situation normale, le plus souvent il est tombé en arrière vers le cul-de-sac recto-utérin. La forme en est modifiée ; quelquefois la trompe plus ou moins régulièrement dilatée constitue une sorte de boudin s'étendant à presque toute la longueur de l'organe ; ce n'est pas là le cas le plus habituel. Ordinairement la tuméfaction est arrondie, localisée ; elle est plus rapprochée habituellement de l'extrémité utérine que de l'extrémité frangée. Quelquefois sa surface extérieure est lisse sans modification de couleur ; d'autres fois la tumeur présente une coloration bleuâtre ; enfin elle peut être enfermée dans un magma d'adhérences qui ne permettent d'explorer ni sa surface ni ses contours.

Dans le cas, le plus fréquent, où la tumeur est limitée à une portion de la trompe il est rare que le reste du conduit ne présente pas quelques altérations. L'extrémité périphérique est augmentée de volume, épaissie, ses dimensions en longueur paraissent accrues ; elle forme comme une grosse crosse embrassant dans sa concavité l'ovaire sain ou légèrement altéré et englobé dans un magma à la constitution duquel les franges tubaires épaissies,

réunies prennent une part prépondérante. L'examen du pédicule vasculaire est intéressant en ce qu'il nous montre une augmentation très notable dans le volume des vaisseaux sanguins, augmentation qui est d'autant plus appréciable qu'on la compare à la relative intégrité des annexes de côté sain.

Si maintenant l'ensemble des lésions ayant été enlevé, nous examinons en quelque sorte dans la main et après l'avoir ouverte, suivant son grand axe, la trompe malade, voici ce que nous constatons.

Au niveau de la tuméfaction il existe un caillot formant à lui seul la majeure partie de cette tumeur. Ce caillot fibrineux et cruorique est comme enveloppé par une paroi formant cavité de réception. Ce caillot est résistant. On peut assez facilement le décoller de la cavité qui le contient en détruisant de minimes adhérences filamenteuses. Cette décortication présente cependant une importante particularité, elle se fait facilement sur la majeure partie du pourtour. Mais toujours il existe un point ou plutôt une zone au niveau de laquelle l'adhérence devient telle que la décortication est impossible.

S'il l'on insiste fortement on pourra vaincre cette adhérence, mais on constatera alors au niveau de ce que nous pourrions appeler l'insertion du caillot, que la paroi tubaire est extrêmement amincie; parfois même il existe une perforation indiquant que l'union était en quelque sorte intime entre le caillot et la paroi tubaire. Cette union est capitale. Elle n'existerait pas bien évidemment s'il s'agissait d'un simple épanchement sanguin dans l'in-

térieur de la trompe, quelle qu'en fût d'ailleurs l'origine. C'est au niveau de cette insertion que l'examen histologique devra être surtout attentif, c'est là en effet que nous trouverons les lésions les plus favorables à l'opinion que nous soutenons.

Si nous pratiquons une coupe de ce caillot, il pourra se présenter à nous avec un aspect homogène ; parfois il semblera former des couches concentriques, au centre on pourra trouver « une cavité ordinairement petite, tapissée par une membrane séreuse, lisse, et ne contenant rien autre qu'un liquide clair » (Pilliet). Cette cavité qui n'existe pas dans un caillot habituel doit être considérée comme une véritable cavité amniotique.

Le reste de la trompe présente des lésions peu appréciables à l'œil nu. Notons cependant que l'orifice du pavillon est ordinairement oblitéré, tandis que l'orifice utérin est ordinairement perméable.

Ces caractères particuliers du caillot qui est ferme, d'autant plus résistant qu'on s'approche de sa zone d'insertion, qui est presque intimement adhérent à ce niveau et dans l'intérieur duquel on trouve une petite cavité amniotique, ces caractères constatables à l'œil nu peuvent à eux seuls presque affirmer l'existence d'une grossesse tubaire. En cela nous sommes d'accord avec Orthman ; nous ne pouvons donc accepter les objections formulées par Walther, objections qui perdent toute leur valeur lorsque ces caractères ont été nettement constatés.

Mais l'examen microscopique va nous fournir des notions beaucoup plus probantes, et ici nous ne pouvons mieux faire qu'emprunter leur propre langage aux histo-

logistes qui ont examiné des pièces. C'est tout d'abord Robin qui fait la première constatation décisive.

« L'examen microscopique de la couche placée entre le péritoine et le caillot montre des fibres de tissu cellulaire et des faisceaux de fibres de la vie organique écartés les uns des autres.

Au-dessous de cette couche se trouve le caillot fibrineux dont l'aspect fibrillaire est encore reconnaissable.

La fibrine est mêlée de quelques globules sanguins encore intacts et de granulations d'hématoïdine amorphe.

A la face utérine du caillot et tapissant la poche qui le contient, existe une membrane mince, d'aspect séreux, facile à détacher par une simple traction avec les pinces et envoyant par sa face externe de minces filaments ramifiés dans l'épaisseur du caillot. L'examen de cette couche et des filaments qui en partent de la face externe a fait connaître qu'elle est composée d'une matière amorphe, finement granuleuse, parsemée de noyaux ovoïdes. L'acide acétique n'attaque pas les noyaux, mais il rend plus transparente la matière amorphe, dans laquelle ils sont enfermés. C'est ainsi qu'on peut le voir, cette membrane offre la même structure que le chorion de l'œuf humain. Les filaments ramifiés, partant de la surface extérieure, sont épais de un à trois dixièmes de millimètre. Ils ont une longueur variable, qui a environ un centimètre ; ils sont en égal nombre sur toute la surface de la membrane.

Le pédicule de ces filaments, ainsi que leurs ramifications, sont plongés dans le caillot dont il vient d'être

question. Ils offrent sous le microscope la forme des villosités du placenta; ils présentent tous une paroi épaisse de un à deux centièmes de millimètre environ, la structure de la membrane elle-même, qui vient d'être décrite comme analogue au chorion, quelques-unes d'entre elles offrent une cavité distincte; mais beaucoup présentent leur canal oblitéré par du tissu cellulaire, ainsi qu'on l'observe normalement sur les villosités choriales, qui ne doivent pas prendre part à la formation du placenta. Aucune de ces ramifications ne présente de dépôt graisseux dans son épaisseur. Ces ramifications ne sont autre chose que les villosités choriales, et achèvent de montrer que la membrane dont il s'agit est bien le chorion d'un œuf humain. »

Pour avoir été faite il y a près de quarante ans, cette découverte histologique n'en est pas moins la démonstration anatomique d'une placentation tubaire, et toutes les autres constatations, si récentes qu'elles soient, ne font que fortifier cette découverte. En effet, les résultats des examens histologiques de M. Pilliet conduisent aux mêmes conclusions. C'est en nous fondant sur ces résultats que nous pouvons exposer les lésions.

Les franges tubaires épaissies, mais ayant encore leur revêtement épithélial dans le reste de la trompe, cessent brusquement là où s'insère le caillot. A ce niveau le chorion est lisse, mince, creusé de grandes cavités sanguines et lymphatiques, hérissé enfin de prolongements grêles qui limitent des lacs sanguins. Ces lacs sont variables d'aspect, parfois nettement délimités par ces prolongements, ils sont remplis de globules rouges sans fibrine. Dans

leur intérieur pénètrent des villosités placentaires grêles et irrégulières.

Ces villosités ont des ramifications courtes et rares, l'élément conjonctif prédomine dans leur structure aux dépens de l'élément capillaire peu développé, enfin on ne rencontre à leur surface que quelques-unes de ces cellules aplaties à noyaux multiples, qui dans le placenta normal constituent la couche continue de l'ectoplasma. En somme, on trouve dans la structure du chorion et de ces villosités les caractères essentiels du placenta ; les différences que l'on relève tiennent à ce que ce placenta tubaire est en voie de régression ; mais ces différences n'empêchent pas l'identité anatomique. Ces caractères essentiels peuvent être cachés par les hémorragies interstitielles, hémorragies qui masquent plus ou moins complètement les villosités.

C'est peut-être pour n'avoir pas tenu assez compte de cette particularité que Walther admet que les caillots peuvent simuler les villosités choriales. C'est surtout vers l'intérieur de la trompe que les caractères essentiels des villosités apparaissent : c'est au contraire lorsqu'on s'éloigne de cet intérieur que ces caractères s'effacent. On voit alors le sang former des îlots irréguliers et limités par des bandes conjonctives. Ce sang est tantôt pur, tantôt mélangé de fibrine. Les quelques villosités que l'on rencontre encore sont en quelque sorte réduites à leur pédicule. Leurs prolongements ont disparu et d'autre part le développement du tissu conjonctif a étouffé l'élément vasculaire. De telle sorte qu'en examinant les coupes du centre vers l'extérieur on suit, pour ainsi dire, les phases succes-

sives de l'involution régressive de la placentation tubaire.

Si maintenant nous recherchons quel est l'état de la paroi de la trompe au niveau de l'insertion du caillot nous verrons que malgré l'hypertrophie de ses fibres lisses la paroi est amincie, les vaisseaux sanguins y sont extrêmement développés, les veines surtout sont très augmentées de volume, elles sont béantes, l'élément vasculaire sanguin a pris en un mot une disposition et des caractères analogues à ceux que l'on observe au niveau de l'utérus après l'accouchement au voisinage de l'insertion du placenta.

Les travaux allemands sont d'accord avec les travaux français et arrivent aux mêmes conclusions.

Keller, dans un travail basé sur l'examen anatomique de trois grossesses tubaires au début, avance que le microscope permet d'établir le diagnostic de la grossesse en décelant la présence de villosités choriales ou de leurs produits de transformation. Les villosités peuvent manquer en certains cas, être altérées en d'autres.

Leur épithélium au contact du sang se gonfle et se modifie ; les noyaux de ses cellules persistent parfois longtemps, mais peuvent aussi disparaître : la couche épithéliale prend alors un aspect strié et homogène. Quant à la substance fondamentale des villosités, elle peut devenir granuleuse, trouble ; les noyaux cellulaires perdent la faculté de se colorer et disparaissent.

Toutes ces modifications ne s'accomplissent pas d'une façon successive et régulière et les lésions varient selon les points.

Les vaisseaux sanguins des villosités ne présentent pas de

caractères assez définis pour permettre d'affirmer le diagnostic, car les caillots fibrineux présentent souvent des fentes qui ont le même aspect que ces vaisseaux.

La présence des cellules déciduales n'a de valeur au point de vue du diagnostic que lorsque l'œuf est tombé dans le péritoine. Un hématome tubaire, où ne se trouvent ni villosités choriales, ni cellules déciduales, peut cependant appartenir à une grossesse tubaire dont tous les traits caractéristiques se sont profondément altérés.

Klein a examiné une série de préparations provenant d'une femme morte subitement de la rupture d'un kyste fœtal tubaire : il y a d'abord dilatation et amincissement des parois de la trompe, sauf au niveau du point d'implantation de l'œuf ; plus tard, l'œuf grandissant, cette paroi hypertrophiée s'amincit à son tour. La caduque prolifère et envoie entre les villosités des prolongements qui les enveloppent, les compriment et peuvent produire des infarctus nécrotiques, les vaisseaux tubo-placentaires s'ouvrent librement dans les espaces intervillositaires.

Un auteur anglais (1) qui a écrit un fort intéressant ouvrage sur les maladies des ovaires et des trompes est plus explicite encore s'il est possible ; il généralise même beaucoup plus que nous ne pouvons le faire nous-même avec le nombre restreint des faits dont nous disposons. Voici en effet comment s'exprime cet auteur. « Les trompes de Fallope sont souvent dilatées, comme dans l'hydrosalpinx, mais lorsqu'il y a des caillots de sang, cette condi-

1. Bland Sutton, *Surgical diseases of the ovaries and Fallopian Tubes*. London 1891, page 262.

tion constitue l'hémato-salpinx et ce terme est souvent appliqué trop vaguement.

De récentes observations servent à démontrer que la dilatation des trompes à laquelle s'applique plutôt le terme d'hémato-salpinx c'est la dilatation due à la grossesse tubaire.

Mes observations me convainquent que tous les cas supposés d'être des cas d'hémato-salpingite sont réellement des grossesses tubaires.

Presque dans tous les cas qui se sont présentés dans ma pratique, dans lesquels la trompe dilatée contenait des caillots de sang, après un examen minutieux j'ai trouvé ou un embryon ou un œuf apoplectique, ou des villosités choriales.

Dans des cas analogues qui m'ont été soumis par d'autres chirurgiens j'ai réussi dans la plupart des cas à mettre en évidence la présence d'un œuf fécondé. »

Ces constatations françaises et étrangères sont d'une valeur indiscutable, elles mettent hors de conteste l'existence de la placentation et nous ne pouvons que répéter avec Robin « il s'agit bien là du chorion d'un œuf humain. »

Et la dénomination d'*œuf apoplectique* que certains auteurs ont voulu attribuer à cette variété d'hémato-salpingite, pour n'avoir pas été adoptée, n'en est pas moins justifiée par les faits.

Et de ces faits il résulte que, l'œuf fécondé après s'être arrêté dans la trompe, s'y être fixé, y avoir commencé son développement, sous une influence que nous n'avons pas à rechercher, meurt, disparaît par résorption, ne lais-

sant après lui que le placenta qui lui aussi subit la régression ; mais une régression beaucoup plus lente, s'accompagnant de la production d'hémorragies interstitielles sans lesquelles l'hémato-salpingite manquerait et la grossesse tubaire passerait inaperçue.

CHAPITRE III

SYMPTOMATOLOGIE.

Nous serons très bref sur l'étude clinique de l'affection que nous étudions et cela pour deux raisons : l'une de principe, l'autre de fait.

La raison de principe c'est que nous nous sommes proposé de démontrer que l'hémato-salpingite est fréquemment due à une grossesse tubaire avortée.

Or, cette démonstration est basée surtout sur l'étude attentive des lésions. Aussi avons-nous donné un large développement au chapitre de l'anatomie pathologique.

La raison de fait consiste en ce que la symptomatologie de « l'œuf apoplectique » reproduit pour ainsi dire terme pour terme celle bien connue de l'hémato-salpingite.

D'ailleurs il devait fatalement en être ainsi puisque l'étude de l'hémato-salpingite englobait tout récemment encore tous les cas d'épanchement sanguin dans la trompe.

Cliniquement l'affection se traduit principalement par des troubles fonctionnels. Ces troubles fonctionnels conduisent à une exploration physique qui les caractérise et enfin le plus souvent à une intervention chirurgicale qui les confirme.

Tantôt les troubles fonctionnels essentiels sont précédés de troubles génitaux plus ou moins intenses et que l'on rapporte à une inflammation frappant à la fois l'utérus et ses annexes, troubles subaigus à évolution plus ou moins lente, se traduisant principalement par des douleurs intermittentes d'intensité variable, de pesanteur, des élancements dans le bas-ventre, vers les aines, à la face interne des cuisses, surtout du côté des reins. Dans d'autres cas c'est en quelque sorte au cours d'une santé parfaite ou à peu près qu'apparaissent les accidents de probabilité d'hémato-salpingite. Ces accidents d'ailleurs peuvent revêtir plusieurs aspects, qui sont dus à la manière dont se fait l'épanchement sanguin dans l'intérieur de la trompe. Cet épanchement peut en effet se faire successivement et progressivement par poussées répétées, ou bien il peut se faire brusquement et en quantité assez considérable. Dans le premier cas nous allons voir apparaître des douleurs vives mais supportables à exacerbation, réveillées surtout par la station debout, la marche; atténuées ordinairement par le décubitus, douleurs siégeant sur l'un des côtés du bas-ventre et s'irradiant vers les lombes; en un mot, ce syndrome douloureux que l'on a caractérisé de l'expression de coliques salpingiennes.

L'état général est souvent peu troublé et en particulier la fièvre, cet indice d'une inflammation, peut manquer.

Dans une autre forme les phénomènes sont plus intenses, ils apparaissent avec une subicité qui sans être véritablement foudroyante est cependant très grande. Ici encore c'est le caractère douleur qui domine, mais cette douleur est beaucoup plus vive et elle apparaît brusque-

ment, presque toujours à l'occasion des règles. Ce rapport fréquent que l'on note si souvent entre l'existence des règles et l'apparition des signes fonctionnels de l'hémato-salpingite nous explique la genèse d'un certain nombre des hypothèses émises pour expliquer la pathogénie de cette affection. Dans cette seconde variété on peut observer des phénomènes réflexes d'intensité déjà importante tel que douleurs abdominales, ballonnement, nausées et même vomissements.

Mais c'est surtout dans la troisième modalité clinique que l'on observe ces graves phénomènes généraux. Nous avons ici en vue l'une des complications la plus fréquente de l'hémato-salpingite, nous voulons parler de la rupture de la trompe et de l'épanchement de sang dans l'intérieur du cul-de-sac de Douglas. Cette rupture, en effet, donne lieu à ce syndrome de l'hématocèle rétro-utérine, exposé par tant d'auteurs et particulièrement par nos meilleurs classiques; y insister ce serait vouloir diminuer un tableau magistralement tracé. L'explication des accidents est facile à établir, avec les notions anatomiques que nous possédons dans l'hématocèle intra-péritonéale due à la rupture d'une trompe présentant un œuf apoplectique. Cette rupture, en effet, est toute préparée, ici plus que dans aucun autre cas. N'avons-nous pas vu qu'au niveau de l'insertion du caillot la paroi tubaire a considérablement diminué d'épaisseur et sa résistance est encore diminuée par les hémorragies interstitielles qui la rendent friable. Or, que l'épanchement sanguin intra-tubaire vienne à se faire rapidement ou en grande abondance et la trompe va céder; et elle va céder en son point faible, ainsi que le fai-

sait prévoir le raisonnement, et ainsi que l'a démontré, ce qui a une valeur plus décisive, l'examen anatomique de la trompe rompue.

Nous passons sur les signes physiques, c'est-à-dire les résultats fournis par le toucher vaginal, par le toucher rectal, et par le palper bimanuel. Existence d'une tuméfaction souvent arrondie, régulière, rénitente, douloureuse à la pression, siégeant le plus habituellement d'un seul côté au niveau des annexes de l'utérus, confirme ce que faisaient prévoir les phénomènes fonctionnels. Ce sont là d'ailleurs des signes communs à toutes les tuméfactions salpingiennes.

Nous passons également sur les *troubles menstruels* qui ne paraissent présenter rien de spécial à cette affection.

Les complications sont de deux ordres. Nous avons déjà fait connaître la rupture, nous avons montré sa pathogénie; ses symptômes sont ceux de l'hématocèle intra-péritonéale. Cette hématocèle peut d'ailleurs parcourir les diverses phases de toute hématocèle rétro-utérine : enkystement, résorption, suppuration.

En l'absence de toute rupture la suppuration peut d'ailleurs envahir l'œuf apoplectique.

Cela se conçoit aisément. Nous avons vu en effet que très souvent l'*ostium utérinum* conservait sa perméabilité, c'est dire que le foyer ovo hémorrhagique est en communication avec un voisinage dangereux au point de vue de la propagation de l'agent pyogène. Nous n'avons pas besoin d'insister sur l'importance d'une semblable complication.

Le pronostic de l'affection est donc sérieux. Ce n'est pas par lui-même qu'il est sérieux, car il est possible, peut-être probable même, bien que tout naturellement les éléments d'appréciation nous manquent pour en juger, il est possible qu'une grossesse tubaire avortée puisse se résorber en entier sans provoquer d'accidents. La gravité du pronostic réside surtout dans l'importance des complications que nous avons signalées plus haut.

CHAPITRE III

DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT.

Quand au cours de phénomènes douloureux pelviens à évolution, d'ailleurs variable, l'examen direct a permis de constater la présence sur les côtés de l'utérus, au niveau de ses annexes, d'une tuméfaction ayant les caractères que nous avons rapidement exposés plus haut, on porte le diagnostic de salpingite, ou plutôt d'ovaro-salpingite, car il est presque toujours impossible, en pareil cas, de faire le départ de ce qui appartient à l'ovaire et de ce qui appartient à l'utérus. Mais c'est en scrutant les conditions étiologiques, en analysant dans leur détail les phénomènes fonctionnels et les signes physiques que l'on peut arriver au diagnostic de la variété d'hémato-salpingite. L'examen de l'utérus, la constatation d'une endométrite, les caractères de cette endométrite, l'aspect clinique de ses sécrétions, leur examen bactériologique d'une part ; d'autre part l'âge du sujet, son passé pathologique, l'état de ses viscères, tous ces caractères peuvent conduire au diagnostic probable sinon certain d'une salpingite catarrhale, interstitielle, purulente, blennorrhagique, tuberculeuse.

De même l'apparition assez brusque de douleurs pelviennes, surtout à l'occasion des règles, coïncidant avec

la formation sur les côtés de l'utérus, d'une tumeur de volume variable mais lisse, rénitente, assez mobile, modérément douloureuse, doit conduire à l'idée d'une hémato-salpingite. Il n'y a là rien d'absolu toutefois. L'erreur est facile, elle a été souvent commise et par les cliniciens les plus rompus à la pratique de la gynécologie.

S'il est difficile dans beaucoup de cas de diagnostiquer l'hémato-salpingite on peut dire que cliniquement il est impossible d'affirmer la nature ovo-placentaire de la salpingite. En effet, la grossesse en pareil cas s'arrête dans son évolution dès les premiers temps et il n'existe aucun des phénomènes généraux du côté de la menstruation, du côté des reins, du côté de l'organisme tout entier que l'on peut observer dans la grossesse tubaire proprement dite.

D'ailleurs il importe peu à la thérapeutique que ce diagnostic soit porté avec toute la rigueur scientifique théoriquement désirable.

Ce qui importe, c'est, ainsi que l'a très judicieusement exposé le professeur Trélat, d'arriver rapidement au diagnostic probable afin de ne pas différer le traitement et d'instituer la thérapeutique appropriée avant que n'éclatent les complications qui aggravent singulièrement l'affection et rendent l'intervention plus difficile.

Mais en quoi consiste cette thérapeutique appropriée ? Il n'entre pas dans le cadre de notre sujet de reprendre les discussions, si nombreuses et si intéressantes qu'elles soient, qu'a suscitées cette question. Aujourd'hui le problème a été considérablement simplifié et chez nous au moins on est d'accord pour admettre que les annexes atteintes d'hémato-salpingite doivent être enlevées. Cette

ablation faite un grand nombre de fois en France et plus encore en Angleterre (Lawson-Tait) on l'a surtout pratiquée par l'ouverture abdominale. Il y a peu de temps encore la laparotomie pour les chirurgiens interventionnistes était la seule voie à suivre. Mais en ces derniers temps le traitement des suppurations pelviennes par l'hystérectomie vaginale a ouvert une voie nouvelle dans laquelle quelques chirurgiens se sont résolument lancés. On comprend qu'il nous soit impossible de prendre part dans les discussions qu'a soulevées dans le monde chirurgical l'importante communication de M. le Dr Segond à la société de chirurgie de Paris (1891). Disons cependant que s'il est des affections des annexes pour lesquelles la laparotomie puisse être conservée et même préférée à l'hystérectomie vaginale, la salpingite ovo-hémorrhagique est au nombre de ces affections. En effet, souvent il y a peu d'adhérences, la tumeur est très facilement pédiculisable, l'ablation est aisée. En outre, il n'est pas rare que la lésion soit unilatérale. La conservation de l'utérus et des annexes sains s'impose alors et une conception ultérieure est possible. La laparotomie est encore praticable lorsqu'il existe une hématocele par rupture à la condition que cette rupture soit relativement récente. Mais si la rupture est ancienne, s'il est survenu de la suppuration, l'opération de Péan vulgarisée par Segond nous semble devoir prendre le pas sur la laparotomie.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (résumée).

Hématocèle retro-utérine. Laparotomie et castration ovarienne.
Guérison. Grossesse tubaire démontrée par l'examen microscopique. D^r Richelot, in th. Dagot.

La nommée Joséphine B..., femme G..., âgée de 30 ans, couturière, entre à l'hôpital Tenon, salle Richard-Wallace, lit n. 19, le 6 décembre 1889.

Réglée à 15 ans. Les règles retardaient, duraient huit jours, étaient très abondantes, non douloureuses.

Elle a eu deux enfants, l'un à l'âge de 24 ans, l'autre à 26 ans 1/2.

Pour le premier, la grossesse et l'accouchement n'ont été marqués par aucun accident.

Suites de couches normales. Les règles sont revenues 5 mois après, bien qu'elle n'ait pas donné le sein à son enfant.

La deuxième grossesse fut accompagnée d'hydramnios et se termina à 7 mois.

Délivrance artificielle 1 h. 1/2 après l'expulsion de l'enfant.

Depuis cette époque, elle présente le matin à jeun des vomissements aqueux et bilieux, parfois teintés de sang. La menstruation est restée régulière, avec du retard. Ses règles sont abondantes et de longue durée.

Six mois après son deuxième accouchement elle éprouva brusquement au milieu de son travail une douleur atroce dans le bas ventre qui l'a obligée de prendre le lit immédiatement, mais elle pouvait se lever dès le lendemain et vaquer à ses occupations.

Pendant ces trois dernières années elle a toujours souffert du ventre. Mêmes troubles menstruels.

Au printemps dernier (1889) les douleurs hypogastriques ont augmenté. Depuis cette époque elle a été obligée de prendre le lit. Au commencement du mois d'octobre pertes sanguines abondantes pendant trois semaines. Crise de douleurs très violentes dans le bas ventre. Cette crise a duré 3 heures. Pas de métrorrhagie. Quelques jours après, fièvre, vomissements fréquents. Et cinq semaines après elle entre dans le service de M. le Dr Richelot.

Toucher vaginal. — Col légèrement porté en arrière et à gauche, gros, assez largement ouvert. Le doigt revient chargé de caillots. Dans le cul-de-sac postérieur existe une tumeur grosse comme une tête de fœtus de 7 mois, ronde, lisse, régulière, ferme, séparée du col par un sillon très net, peu douloureuse à la pression, l'utérus est mobile.

Dans le cul-de-sac antérieur se trouve une masse arrondie. Les culs-de-sac latéraux sont libres.

Toucher rectal. — A travers la paroi recto-vaginale on sent : la tumeur ronde du cul-de-sac postérieur, avec les mêmes caractères, plus nets toutefois.

Hystérométrie. — L'hystéromètre flexible pénètre de 9 centimètres dans l'utérus.

Laparotomie le 7 décembre 1889 par M. Richelot. Incision médiane.

Dans le cul-de-sac de Douglas existe une masse friable, un magma, formé de caillots sanguins anciens ; au milieu la trompe et l'ovaire du côté droit, très gros et adhérents. Les adhérences ont été rompues, du sang noir afflue en si grande quantité qu'on peut craindre une hémorrhagie du bassin, mais un moment après on s'aperçoit que ce sang est de date ancienne et provient d'une hématocele rétro-utérine.

A gauche, même chaos, même magma de caillots de sang noirs comme de la poix. Les annexes gauches plus volumineuses

qu'à droite, sont confondues au milieu des caillots. Elles sont réséquées.

L'opération a duré une heure. Les suites opératoires ont été parfaites. Pas de fièvre, les fils sont enlevés 25 jours après. La convalescence a été pourtant assez longue. La malade n'est sortie que le 19 janvier 1890.

Examen à l'œil nu.

Côté droit. — L'ovaire a le volume d'une amande, sa surface est lisse. Sur une coupe, il est blanchâtre, on voit la coupe d'un corps jaune.

La trompe est dilatée, sinueuse, bleuâtre, molle et fluctuante, grosse comme l'index. Elle est perméable, et en pressant on fait sortir du sang noir par l'extrémité utérine, dont l'orifice est petit et étroit, admettant le stylet aiguillé. Le pavillon n'est pas distinct. Il adhère à l'ovaire. Le ligament tubo-ovarique est épaissi, mais il ne porte pas trace d'inflammation ancienne.

Côté gauche. — La pièce est formée de deux parties : l'une est constituée par la trompe dilatée, renfermant un caillot gros comme un œuf de pigeon, et ayant sa forme, se laissant détacher sans déchirure de la paroi, qui est rouge et congestionnée, mais qui a gardé ses caractères distinctifs et notamment ses plis longitudinaux. La paroi de la trompe est très épaissie, englobée par sa surface externe de dépôts fibrineux. L'autre partie est constituée par l'ovaire, recouvert de dépôts fibrineux, et rattaché par un débris de ligament tubo-ovarique aux deux tiers externes de la trompe : le tiers interne de cette dernière est libre.

Voici maintenant l'examen histologique, tel qu'il a été communiqué à la Société anatomique par M. Pilliet (*Bulletin Société anatomique* mars 1891).

La poche sanguine, du volume d'une mandarine, est située près de l'insertion utérine de la trompe. Le reste du canal est

épaissi, mais présente la muqueuse encore reconnaissable. Les ovaires des deux côtés sont scléro-kystiques. Dans la poche sanguine le caillot est fortement adhérent à la paroi tubaire, et quand on gratte les différentes couches de sang de façon à dénuder cette paroi on la trouve très amincie.

Les coupes pratiquées de façon à comprendre à la fois la muqueuse tubaire et l'insertion du caillot, montrent les détails suivants : la muqueuse de la trompe présente des franges épaissies mais encore recouvertes de leur épithélium. Les franges cessent brusquement au niveau de l'insertion du caillot ; en ce point le chorion qui recouvre les muscles est lisse, mince et parsemé de grandes cavités sanguines et lymphatiques. De sa surface s'élèvent des prolongements grêles qui limitent les lacs sanguins. Ceux-ci présentent un aspect qui varie un peu suivant les différents points qu'on examine. On peut les rencontrer parfaitement délimités par ces prolongements et remplis de globules rouges sans fibrine. Dans leur intérieur pénètrent des villosités placentaires assez grêles et irrégulières qui diffèrent des villosités du placenta en activité en trois points.

D'abord, elles sont très peu arborescentes et leurs ramifications sont rares et réduites à de courts moignons. Ensuite, au lieu de contenir plusieurs capillaires dilatés dans leur intérieur, elles n'en contiennent que très peu, et le tissu conjonctif à cellules étoilées prédomine.

Enfin, la couche des cellules multinucléées de l'ectoplacenta est diminuée d'une manière considérable et l'on ne rencontre plus que quelques cellules à noyaux multiples, aplatis de loin en loin sur la surface des villosités ou dans l'angle de leurs ramifications.

On trouve donc en ces points les caractères essentiels du placenta ; mais ces éléments sont en voie d'atrophie. Sur d'autres points l'aspect est notablement changé par suite de la diminution

plus marquée des villosités et de l'intensité des hémorragies interstitielles.

En effet, dans ces régions qui sont d'autant plus étendues que l'on s'éloigne de la face interne de la trompe, les préparations apparaissent découpées en flots irréguliers, quelquefois très étendus, qui sont circonscrits par des bandes conjonctives extrêmement grêles et qui contiennent du sang à différents états de régression : pur ici, mélangé là de fibrine.

De place en place, on rencontre encore une villosité en général volumineuse, arrondie ou ovale, sans bourgeonnements latéraux et qui doit représenter l'axe d'une végétation placentaire dont les bourgeons sont disparus. Elles ne contiennent plus de vaisseaux perméables, elles sont complètement fibreuses et les cellules étoilées y deviennent de plus en plus rares et disparaissent même complètement en certains points.

Il n'y avait pas de fœtus dans la poche sanguine. La paroi de la trompe est très vascularisée comme nous l'avons dit. Les muscles lisses présentent un degré assez marqué d'hypertrophie de leurs fibres.

OBSERVATION II

Hémato-Salpingite. Laparotomie. Guérison par MM. Baudron et Pilliet (*Bulletin de la société anatomique*. Juin 1891).

La nommée Angelling..., âgée de 28 ans, entre à l'hôpital Pascal, salle A, le 1^{er} mai 1891 et est couchée lit n° 22.

Cette malade, dont les antécédents héréditaires et personnels sont excellents, a été réglée à 17 ans 1/2 d'une façon toujours normale et régulière. Mariée à 22 ans, elle n'a jamais eu d'enfants. A la fin de janvier, elle fit, dit-elle, une fausse couche de 2 mois 1/2.

Depuis cette époque, elle a des métrorrhagies peu abondantes, mais presque constantes, et elle ressent dans la région des annexes droites une douleur vague, plutôt une gêne, une pesanteur qui s'irradie vers les régions lombaire et crurale du même côté.

Jamais de leucorrhée.

L'état général est excellent : jamais la moindre poussée fébrile.

A l'examen on trouve l'utérus en situation normale mesurant 7 centim. $1/2$. Le col est petit mais ramolli et entr'ouvert.

Le cul-de-sac latéral droit est rempli par une tumeur du volume d'une grosse orange, fluctuante en certains points, nullement douloureuse au toucher, accolée à l'utérus dont la sépare un sillon très net et immobile comme si elle était incluse dans le ligament large.

A gauche, on sent nettement l'ovaire prolabé dans le cul-de-sac latéral, mais non augmenté de volume ; la trompe est absolument saine.

Il s'agit donc d'une lésion unilatérale qui est diagnostiquée : hémato-salpinx. Toutefois, cette tumeur paraît tellement incluse dans le ligament large qu'on fait des réserves sur la possibilité d'un kyste inclus.

Laparotomie le 12 mai 1891.

Avant l'incision on fait un nouvel examen de la malade et l'on constate un fait assez fréquent.

La tumeur est devenue *relativement mobile*, elle se continue nettement avec la corne utérine.

Le diagnostic d'hémato-salpinx est facilement porté.

Incision médiane sous-ombilicale de 6 cent. $1/2$, la tumeur libérée de ses adhérences est amenée au niveau de l'incision. Une ponction évacue un verre de sang noirâtre très liquide.

Elle est excisée après ligature de son pédicule par deux points en chaîne à la base.

Le pédicule est touché au thermocautère.

L'examen des annexes gauches montre qu'elles sont absolument saines.

Le ventre est fermé sans lavage ni drainage par trois plans de sutures comme d'ordinaire.

L'opération a duré 25 minutes, pansement compris.

Les suites opératoires furent très simples. La malade n'eût aucune réaction ni douloureuse, ni fébrile.

La réunion par première intention était complète au huitième jour.

La malade sort de l'hôpital complètement guérie le 5 juin.

Examen de la pièce par M. Pilliet. — Coupes à la limite du caillot. Au voisinage du caillot, la muqueuse présente des villosités très courtes, revêtues de leur épithélium; mais ces villosités cessent brusquement au niveau de l'insertion des caillots sanguins. En ce point, le chorion de la muqueuse est épaissi et non plus diminué de hauteur comme dans le cas où la greffe placentaire est manifeste; il est formé de lits parallèles de fibres conjonctives parcourues par des vaisseaux dilatés, ramifiés, anastomosés.

Les cellules de ce tissu conjonctif sont volumineuses tuméfiées, et beaucoup présentent des granulations jaunes dans leur protoplasma.

La face interne de la muqueuse est à peine festonnée; sa limite est constituée par une accumulation de cellules serrées sur lesquelles s'insère directement le caillot: ce sont des éléments conjonctifs, très chargés de débris d'hémoglobine sous forme de bandes jaunâtres et rappe-

lant exactement l'aspect des cellules interstitielles décrites par Robin. Le caillot adhérent n'est pas organisé et ne présente pas de villosités.

Les vaisseaux sont extrêmement développés au-dessous du caillot et il existe dans la couche musculaire de la muqueuse, autour de ces vaisseaux une nappe profonde, une véritable zone de cellules interstitielles.

Réflexions. — Les raisons sur lesquelles on peut se baser pour penser à l'existence d'une grossesse tubaire dans ce cas sont au nombre de trois :

1° D'abord la dénudation d'une portion circonscrite de la muqueuse et la suppression de son épithélium et de sa villosité ; on ne voit pas trop comment cette destruction s'opérerait en dehors de la placentation et par le seul fait de la présence d'un caillot sanguin.

2° C'est ensuite l'abondance des cellules interstitielles chargées de pigment jaune.

3° C'est enfin la présence dans la paroi tubaire d'un lacis vasculaire composé de vaisseaux très dilatés, surtout des artères, et qui présentent des phénomènes d'oblitération très semblables à ceux que l'on rencontre dans l'utérus après la chute du placenta et qui ont fait l'objet d'une description récente de M. Mayor (*Arch. de physiologie*, 1886).

OBSERVATION III

Hématocèle péri-utérine. Laparotomie. Grossesse tubaire démontrée par l'examen microscopique. D^r Reynier. (*Bullet. Société de Chirurgie*, séance 8 avril 1891).

Il s'agit d'une femme de 30 ans, d'une bonne santé habituelle, qui, sauf une grossesse régulière à l'âge de vingt ans, n'aurait rien à signaler dans son passé utérin. Il y a deux mois, trois ou quatre jours après la fin de ses règles, elle éprouva des douleurs dans la région hypogastrique gauche. Ces douleurs allèrent en s'accroissant et augmentèrent après la seconde époque des règles qui fut douloureuse. Elle entra sur ces entrefaites dans le service de M. Roques, qui la fit passer dans le mien, le 24 mars dernier.

A l'examen, nous constatons par le toucher, dans le cul-de-sac gauche, une grosseur allongée transversale, dans laquelle nous crûmes pouvoir reconnaître la trompe, évidemment prolapsée. L'utérus était légèrement repoussé à droite ; le col n'offrait rien de particulier au speculum. Le diagnostic porté fut de salpingite probablement hémorragique.

Le 28 mars, vers deux heures de l'après midi, les règles commencèrent à apparaître ; l'écoulement était modéré et s'accompagnait de coliques douloureuses. Les règles s'arrêtèrent dans la nuit pour reparaitre le lendemain matin, et continuer jusqu'au 30 mars, où le soir, vers quatre heures, se produisit une suppression brusque des règles, accompagnée de très vives douleurs dans le ventre ; la malade eut une demi-syncope et devint fort pâle.

Le lendemain matin, les douleurs avaient diminué, mais la

figure de la malade nous frappa par sa pâleur. Les règles n'avaient pas reparu.

Par le toucher, nous constatons que le cul-de-sac latéral gauche bombait dans le vagin et était fluctuant. L'utérus était repoussé à droite par une tumeur du volume d'une tête d'enfant, qui remontait jusqu'à deux travers de doigt de l'ombilic.

Devant ces symptômes, le diagnostic d'hématocèle péri-utérine s'imposait ; et tenant compte de la salpingite antérieure, nous crûmes pouvoir rattacher l'hématocèle à une rupture de la trompe. La femme n'ayant pas de symptômes généraux, les douleurs se calmaient, nous la laissons pendant quatre jours se remettre du choc produit par l'hémorrhagie, et, le 4 mars, nous faisons la laparotomie, avec l'idée d'enlever les annexes malades qui pouvaient être la cause de nouveaux accidents.

Le ventre ouvert, nous trouvons au-dessus de la symphyse pubienne une tumeur située sur le côté de l'utérus, tumeur limitée en avant par le feuillet antérieur du ligament large, et en haut par les anses intestinales. Après avoir essayé de ponctionner à travers le ligament large, ne voyant rien s'écouler par la canule, nous nous décidons à pénétrer dans la cavité de la poche, en détachant les adhérences supérieures intestinales. Nous voyons alors que les adhérences se faisaient à la trompe non rompue, mais distendue, ainsi que vous le voyez, par un caillot sanguin que nous devons faire examiner ultérieurement. La trompe contribuait à former la paroi supérieure et elle avait été soulevée, séparée du cul-de-sac vaginal où nous l'avions constatée avant l'hématocèle, par le sang qui s'épanchait au-dessous d'elle. En effet, après l'avoir contourné, nous tombons dans une cavité remplie de sang en caillots, ce qui expliquait pourquoi par la ponction rien ne s'était écoulé. Cette cavité s'étendait en arrière de l'utérus entre cet organe et le rectum ; le cul-de-sac péritonéal recto-utérin en formait la paroi inférieure.

Après avoir vidé cette cavité des caillots et du sang qu'elle contenait, nous enlevons les annexes du côté gauche et en même temps les annexes du côté droit, dont la trompe est malade et présente les lésions manifestes d'une salpingite catarrhale. L'ablation des annexes du côté droit fut également faite dans le but de diminuer la congestion utérine qui survient souvent après l'ablation des annexes, et qui se traduit par un écoulement de sang ayant tout le caractère de l'écoulement menstruel. Nous avons intérêt à diminuer cette congestion. En enlevant la trompe du côté gauche, la ligature placée trop près de la corne utérine, avait déchiré le ligament large sur son bord utérin, et nous avons été obligé de remédier à cette déchirure au moyen d'une suture en surjet avec le fil de soie n° 1.

Les annexes enlevées, nous finissons l'opération par un nettoyage complet et minutieux de la cavité, avec les éponges : pour être sûr de ne pas laisser de caillots, nous terminons par un lavage à l'eau boricuée, bouillie, lavage fait pendant dix minutes.

Nous refermons ensuite le ventre sans drainage. Disons tout de suite que la malade n'a pas eu de fièvre, qu'elle en est au quatrième jour et qu'elle va très bien.

Quant aux annexes enlevées, voici ce que l'examen nous montre : La face postérieure du ligament large présente des fausses membranes de formation récente et on y trouve de nombreux caillots adhérents ; dans l'épaisseur du ligament on voit par transparence des hématomes. Mais les lésions sont surtout très prononcées dans cette partie du ligament qui réunit l'aileron postérieur ou ovarien à l'aileron moyen tubaire. Là, dans cette région qui correspond au plexus utéro-ovarien, on voit les veines très distendues, et au niveau du hile de l'ovaire, on trouve une veine ouverte, fermée par un caillot, qui paraît avoir été l'origine de l'hémorrhagie.

Voici maintenant l'examen histologique tel qu'il a été communiqué à la société anatomique par M. Pilliet (*Bulletin de la soc. anatomique*, avril 1891).

Le caillot incisé présentait à son centre une petite cavité allongée, tapissée par une séreuse lisse et ne contenant qu'un liquide clair et aucune trace de fœtus. C'est une véritable cavité amniotique. Le caillot présentait sur la coupe des stratifications et des zones blanchâtres indiquant qu'il était le résultat de plusieurs hémorrhagies successives.

Sur les coupes faites de façon à comprendre la paroi saine de la trompe et l'insertion du caillot, on peut constater les particularités suivantes.

La paroi de la trompe s'amincit au niveau du caillot et en effet celui-ci repose directement sur la couche musculaire avec laquelle il est en contact.

Toute l'épaisseur des franges de la trompe, ainsi que celle de leur chorion se trouve ainsi supprimée. Dans cette paroi amincie se trouvent des vaisseaux extrêmement dilatés et flexueux.

Ce sont d'une part les artères pelotonnées presque hélicines notablement épaissies par une prolifération considérable de leur tunique élastique, fort semblables en un mot à celles que l'on rencontre après l'accouchement au-dessous de l'insertion placentaire dans un utérus humain. A côté se voient des veines sinueuses, étoilées et très larges, qui sont béantes et ne présentent pas de processus de régression comme les artères.

Les lymphatiques assez nombreux entourent tous ces vaisseaux qui forment des plans situés principalement à la partie externe de la trompe.

Les fibres lisses des couches musculaires sont hypertrophiées mais les plans qu'elles forment sont éparpillées, tant par la présence des plexus vasculaires que par la dilatation excentrique de

la trompe, en sorte que cette couche ne forme pas un feutrage serré.

Au-dessus d'elles se trouve un chorion épaissi qui présente quelques rares saillies villeuses et les premières assises du caillot sanguin qui sont immédiatement au contact du tissu sans trace de glandes ni d'épithélium.

Ces couches profondes du caillot sont parsemées de leucocytes volumineux que remplissent des débris de pigment sanguin sous forme de granulations jaunes.

Les autres couches présentent une consistance inégale et un aspect différent suivant les points ; tantôt il existe un réseau filamenteux très serré, de fibrine englobant les globules rouges dégénérés et peu abondants, tantôt il existe de véritables lacs entièrement remplis de globules rouges sans fibrine ; de place en place apparaissent des villosités placentaires très peu abondantes ; leurs arborisations latérales sont atrophiées et elles ne forment plus que des tiges rigides entièrement conjonctives dépourvues de capillaires ; elles sont encore recouvertes par une couche d'épithélium provenant de l'ecto-placenta et composée de cellules petites et serrées, étalées en couche uniforme ; très peu présentent des noyaux multiples.

Dans le reste de la trompe les franges sont courtes, épaisses et infiltrées d'une grande quantité de cellules rondes.

OBSERVATION IV (personnelle).

Hémato-salpingite. Laparotomie. Guérison par le D^rE. Potherat.

Madame B..., 33 ans, cartonnrière, entre le 5 août à l'hôpital Tenon, salle Richard-Wallace, n. 12. Ses antécédents héréditaires ne présentent aucun intérêt. Personnellement elle a été réglée à 16 ans sans difficulté et elle a toujours été bien réglée.

A 19 ans, grossesse et accouchement normaux.

A 27 ans, deuxième grossesse, accouchement normal, rien à relever dans les suites des couches.

A 31 ans, sans cause appréciable elle a été prise de métrorrhagie sans grande gravité d'ailleurs.

Entrée à l'hôpital pour se faire traiter elle était au bout de trois mois absolument guérie et sans intervention d'aucune sorte.

A part ce trouble passager dans ses fonctions menstruelles on ne relève rien de pathologique dans le passé génital de cette femme. Elle ne souffrait pas, elle n'avait pas de pertes blanches.

Les accidents pour lesquels elle vient à l'hôpital sont tout récents. C'est en effet il y a 15 jours que, au cours de ses règles, plus abondantes d'ailleurs qu'à l'ordinaire, qu'elle est prise de douleurs vives à début brusque siégeant dans le bas-ventre mais marquées surtout vers la fosse iliaque gauche.

Moins vives qu'au début les douleurs ont persisté depuis avec irradiation vers les lombes, les deux fosses iliaques et les cuisses. L'état général s'est altéré, l'insomnie, l'inappétence ont amené de l'amaigrissement, de la diminution des forces.

Il n'y a pas de fièvre. A l'examen direct le ventre est modérément ballonné, peu douloureux à la pression, le simple palper ne permet d'ailleurs de constater aucune tumeur.

Le toucher vaginal donne des renseignements intéressants, il montre le cul-de-sac postérieur, occupé par une tuméfaction rénitente modérément douloureuse, paraissant bien limitée et arrondie au double palper, tuméfaction qui se continue avec une masse moins volumineuse, mais plus sensible, située sur le côté gauche de l'utérus.

Les annexes droites ne présentent rien de pathologique cliniquement appréciable.

En raison de la subicité des accidents, de leur apparition récente de l'absence de fièvre jointes aux phénomènes objectifs M. Pothe-

rat porte le diagnostic d'hématocèle retro-utérine par rupture d'un hémato-salpinx.

Le 8 août ce chirurgien pratique la laparotomie.

Il trouve la cavité de Douglas remplie par des caillots noirâtres qu'il enlève.

Ablation d'une tumeur du volume d'une mandarine constituée par la trompe et l'ovaire du côté gauche. Cette tumeur, constituée surtout au dépens de la trompe, présente une rupture au niveau de la face postérieure, les annexes du côté droit quoique peu malades sont enlevées. Lavage et nettoyage soigneux de la cavité pelvienne, drainage de Mickulicz, fermeture de l'abdomen. Les suites de l'opération furent des plus simples et le 31 août la malade quittait l'hôpital complètement guérie.

L'examen macroscopique de la trompe malade était des plus intéressants. Ce conduit présentait dans son intérieur quelques caillots qu'il fût facile d'enlever, mais il resta une petite masse noirâtre comme un caillot, mais plus résistante, solidement implantée sur la paroi tubaire. A son voisinage cette paroi est nettement villeuse. C'est tout prêt de l'implantation de cette petite masse qu'on observe la rupture. A ce niveau la paroi tubaire est amincie. Cet amincissement contraste avec l'épaississement du reste du conduit.

L'extrémité interne de celui-ci est peu altérée, l'extrémité externe est confondue avec l'ovaire, et les franges ne se distinguent plus.

Réflexions. — Malgré l'absence d'examen histologique qui n'a pu être fait en temps utile, cette observation rentre dans le cadre de notre sujet. Ce que nous avons dit de l'anatomie pathologique ne permet pas de douter qu'il s'agisse là d'une grossesse tubaire arrêtée dans son évolution. L'histoire clinique cadre merveilleusement avec ce

diagnostic. L'absence de tout accident infectieux ou inflammatoire antérieur éloigne l'idée d'une hémato-salpingite inflammatoire. L'intégrité des annexes du côté droit témoigne également dans le même sens.

En somme, pour nous cette observation représente le type de « l'œuf apoplectique » dans son évolution, dans sa constatation anatomique et dans la plus fréquente de ses complications.

OBSERVATION V

Hémato-salpingite. Castration ovarienne, D^r Richelot, in thèse Dagot. Guérison.

La nommée G..., 30 ans, adressée par M. le D^r Castro de Meru (Seine-et-Oise), à M. le D^r Richelot, entre le 22 février 1890, à l'hôpital Tenon, salle Richard-Wallace, n° 10.

Réglée à 13 ans, bien réglée. Elle s'est mariée à 16 ans, a eu sept enfants et a fait une fausse couche ; le dernier accouchement remonte à 15 mois.

Depuis un an, les règles, très abondantes, sont précédées pendant quinze jours de douleurs lombaires très fortes qui cessent au moment de l'afflux sanguin.

En octobre et novembre derniers, la malade a perdu constamment du sang. Depuis les règles reviennent périodiquement, toujours très douloureuses et très abondantes.

Les dernières règles ont eu lieu du 5 au 11 février.

A son entrée, on trouve, au palper, au-dessus du pubis et un peu à gauche, un corps qui paraît être le fond de l'utérus.

Au toucher, le col est un peu gros, l'orifice externe entr'ouvert. Le palper combiné au toucher est douloureux.

Par la même manœuvre, on note à droite, au niveau de la

corne utérine et un peu en avant, une tumeur ronde, ovoïde, régulière, lisse, très dure; ses mouvements paraissent inséparables de ceux de l'utérus.

La douleur est assez marquée par la pression entre les doigts; l'utérus est très mobile. Au spéculum, col gros et ulcérations.

Le cathétérisme utérin est facile; un peu de catarrhe et de suintement sanguinolent.

Hystérométrie. — A l'hystérométrie flexible, 8 cent. 5; bec dirigé en avant.

— A l'hystérométrie métallique, 8 cent. 5, cavité élargie; le bec de l'instrument se meut facilement dans toutes les directions.

Opération le 27 février 1890.

Laparotomie (petite incision). Ouverture du péritoine sans incidents.

La main de l'opérateur, suivant le fond de l'utérus, trouve au niveau de la corne utérine droite une tumeur grosse comme une orange, unie au fond utérin, adhérente en avant à la vessie. L'énucléation est facile. Ce n'est pas un fibrome, mais bien la trompe dilatée, et très dure.

Pendant son extraction, rupture de la poche qui laisse sortir une bouillie de caillots d'un rouge sale (protection du péritoine avec des éponges). Pédiculisation et résection de la poche, attouchement du moignon avec la solution phéniquée à 5 pour 100. Nettoyage du petit bassin. Annexes gauches normales, facilement amenées au dehors, pédiculisées et réséquées. Le péritoine est lavé à l'eau bouillie. Le grand épiploon est étalé au-devant de la masse intestinale. Sutures en étage. Pansement iodoformé et ouate compressive.

Suites opératoires bonnes.

11 mars. — Premier pansement. Réunion parfaite, on enlève les fils.

18 mars. — La cicatrisation est complète.

22 mars. — Exéat.

En janvier 1891, la malade donne de ses nouvelles. Elle est en parfait état.

Voici maintenant l'examen histologique tel qu'il a été communiqué à la société anatomique par M. Pilliet (*Bulletin de la société anatomique*, mars 1891).

La poche sanguine pouvait contenir une grosse noix. Il n'y avait pas de fœtus mais des caillots anciens rouillés, en partie décolorés. Sur des coupes faites à la limite du caillot, on constate que la trompe présente ses franges revêtues de leur épithélium lesquelles s'interrompent brusquement au niveau de la collection sanguine. En ce point la paroi tubaire est amincie et sa surface interne est recouverte de caillots fibrineux qui sont maintenus en place par des végétations conjonctives partant de la trompe.

La partie profonde des caillots et toute la paroi tubaire jusqu'au niveau du plan musculaire externe sont complètement infiltrées de cellules très volumineuses polygonales, formant des lits continus et se trouvant toutes bourrées de grosses granulations jaunes de pigment sanguin. Il existe dans l'ovaire du côté correspondant un corps jaune de grossesse.

On peut donc supposer qu'il existe un reliquat de greffe placentaire, mais sans pouvoir l'affirmer.

OBSERVATION VI

Hémato-salpingite. Laparotomie, castration ovarienne. Dr Ricard.
in thèse, Dagot.

M^{me} X..., âgée de 27 ans, entre à l'hôpital Saint-Antoine, au mois de février 1891, dans le service de M. Merklen. Elle souffre

du ventre depuis cinq ans, mais depuis six mois il lui est impossible de vaquer à ses occupations.

Les traitements médicaux, vésicatoires, pointes de feu, injections vaginales chaudes n'ont produit aucune amélioration.

Examen gynécologique.

Palper. — Douleur dans la fosse iliaque gauche, on sent une tuméfaction au niveau de la corne utérine.

Toucher. — Tumeur semi-fluctuante dans le cul-de-sac gauche, qui devient plus évidente par le palper combiné au toucher et présente le volume d'un œuf.

Rien à droite.

Laparotomie par M. Ricard le 4 mai 1891.

A gauche, M. Ricard trouve une tumeur adjacente à la corne utérine et adhérente dans toute son étendue aux parties voisines par des filaments cellulaires. La décortication n'offre pas de difficulté. Application d'un clamp. Nœud de Lawson-Tait et nœud de sûreté. Mais les tissus trop friables sont coupés par le fil de soie tressée. Une nouvelle ligature permet d'assurer l'hémostase.

A droite, l'ablation des annexes est très simple. Ovaire sclérokystique.

Les annexes du côté gauche sont examinés grossièrement : on reconnaît qu'il s'agit d'une salpingite hémorragique.

CONCLUSIONS

1° L'étiologie de l'hémato-salpingite n'est pas unique.

2° L'inflammation est la cause de la très grande majorité des hémato-salpingites. Mais parmi les hémato-salpingites inflammatoires on a rangé jusqu'ici à tort des affections qui reconnaissent une autre cause. Cette cause c'est la grossesse tubaire arrêtée dans son évolution. La connaissance de cette cause est de date récente.

3° L'histologie démontre péremptoirement l'existence, dans un grand nombre d'hémato-salpingites, d'un chorion et de villosités placentaires. L'œuf a disparu et le placenta est en voie de regression.

4° La regression du placenta s'accompagne d'hémorragies intra-tubaire et interstitielle qui font croire à une hémato-salpingite.

5° La salpingite *ovo-hémorragique* ne présente pas de symptômes qui permettent de la différencier de l'hémato-salpingite proprement dite. Elle est sujette aux mêmes complications et elle est justiciable du même traitement.

Vu : le Président de la thèse,
PINARD

Vu : le Doyen,
BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- Aran.** — Leçons cliniques des maladies de l'utérus. Paris.
- Bernutz.** — Maladies des femmes, 1888.
- Binaud.** — Hématocèle pelvienne intra-péritonéale. Thèse de Bordeaux, 1892.
- Cornil.** — Anat. path. des métrites et salpingites, 1889.
- Cornil et Terrillon.** — Arch. de physiologie, 1887.
- Coulom.** — Contribution à l'étude de l'hémato-salpinx. Thèse de Bordeaux, 1890.
- Courty.** — Traité pratique des maladies de l'utérus et de ses annexes, 1866.
- Dagot.** — De la nature de quelques hémato-salpinx. Thèse de Paris 1891.
- Fenerly.** — Thèse de Paris, 1855.
- Guèmes.** — De l'hémato-salpingite. Thèse de Paris 1888.
- Hamilton.** — N. Y. med. J., février 1890.
- Hanks.** — N. Y. Obst. Soc. 1889 et Am. J. of. obst. janvier 1890.
- Keller.** — Zur diagnose der Tubergraviditæt, 1890. Zeitsch. für. geb. und. gyn. XIX, I.
- Klein.** — Zur anatomie der Schwanguen tube (in revue, Hayem, 1891).
- Lavie.** — Des salpingites, th. de Paris, 1888.
- Monprofit.** — Salpingites et ovarites. Th. de Paris, 1888.
- Orthman.** — Ueber tubenschwangerschaft, in der ersten Monate, 1890.

- Pilliet.** — Bull. de la soc. anatomique. Paris mars-avril, 1891.
- Pozzi.** — Traité de Gynécologie. Paris, 1890.
- Puech.** — De l'hématocèle et de ses causes. Académie des sciences. Montpellier, 1858.
- Robin.** — In thèse de Fenerly, 1855.
- Sutton** (Bland). — Surgical diseases of the ovaries and Fallopian Tubes. London, 1891.
- Sinety** (de). — Traité de Gynécologie, 1879.
- Tait** (Lawson). — Traité clinique des maladies des femmes, 1891 et Brid. med. J. 1890.
- Terrillon.** — Salpingites et ovarites. Paris, 1891.
- Tuttle.** — Am. Journ. of obst., Janvier, 1890.
- Veit.** — Saminblung. Klin. Vorträge. N. F., n. 13, et Cent. für gyn., mai 1891, n. 19.
- Walther.** — Thèse inaugurale de Giessen, 1890.

